

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N° 405

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Isaac BERDUGO

Né le 5 Septembre 1932, à FES (Maroc)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES GREFFES DE TISSU VIVANT
AU COURS DE DIVERSES MALADIES
DU SEGMENT ANTERIEUR DE L'ŒIL

Président : Monsieur G. RENARD (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS VI°

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques, Isaac BERDUGO

né le 5 septembre 1932 à Fes (Maroc)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

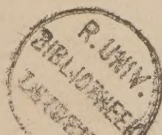
CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES GREFFES DE TISSU VIVANT
AU COURS DE DIVERSES MALADIES
DU SEGMENT ANTERIEUR DE L' OEIL.

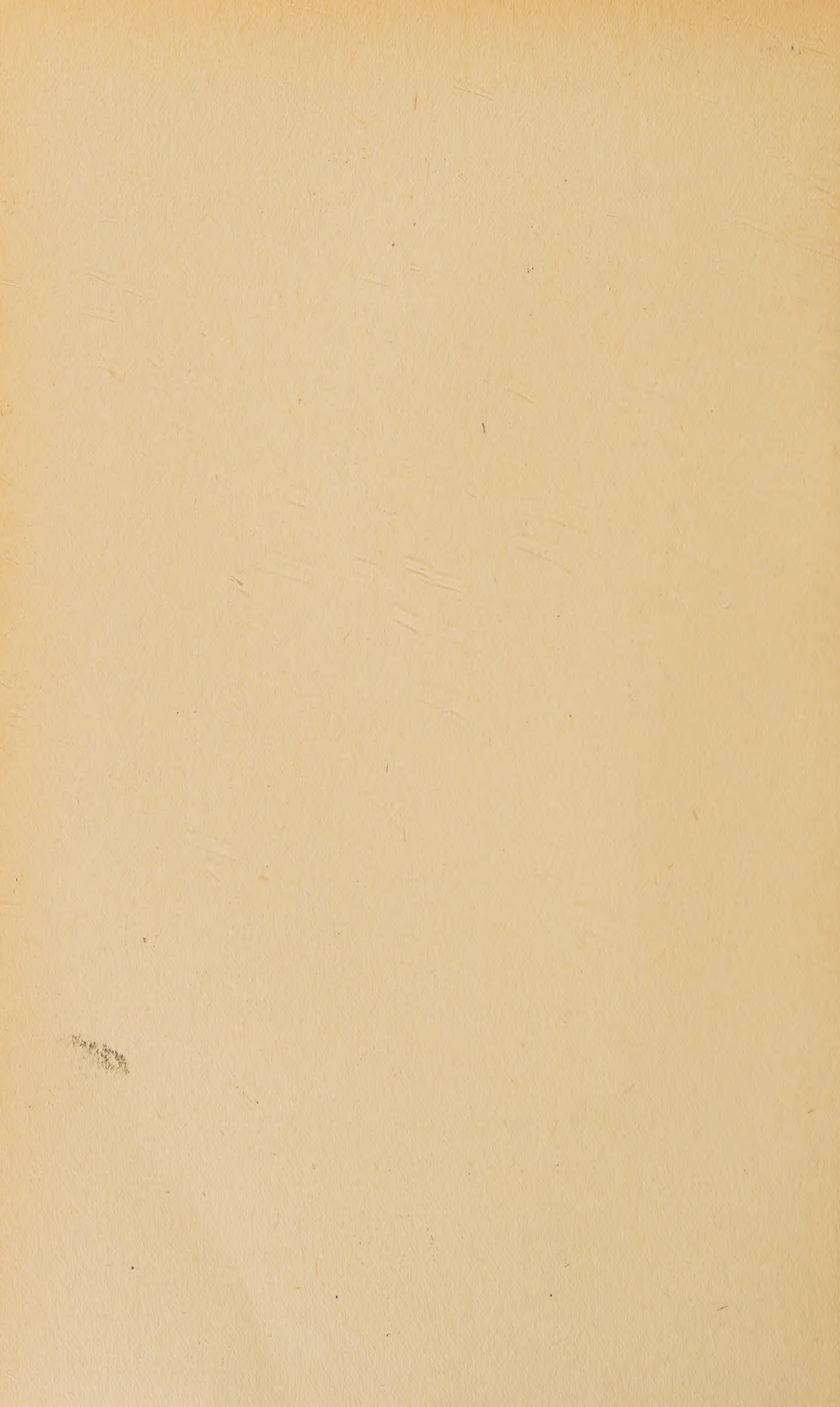
--

Président : Monsieur G. RENARD (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1959.





PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G)
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	GAUDART-d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap. chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap. médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités ch. à t. pers.	DEPARIS

MM.

Hygiène et clinique de la première.

enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESCILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunolo- gie expérimentale ch. à t.pers.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie et therap.générales.....	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (chaire à t. pers.).....	BARGETON (D)
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE. PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES--AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr.s.ch.
	(BUSSER (F)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A)pr.s.ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J)m.conf.
	(SCHAPIRA(G) m.conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F)m.conf.
	(DENOIX (P)
Carcinologie	(MATHE (G)

MM.

Dermato-Symphiliographie	DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G)
	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
	(BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L)
	(BASTIN (R)
Maladies infectieuses	(DUPONT (V)
	(DEROBERTE(L)pr.s.ch.
	(HADENGUE (A)
Médecine légale	(FOURNIER (E)
	(GUENTROT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
	(BREGÉAT (P)
Ophtalmologie	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	(BRUMPT (L.C)pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
Pathologie chirurgicale	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G)agr.per.
	(LORTAT-JACOB(J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER

MM.

	(PERROTIN (J)
Pathologie chirurgicale	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
Pathologie médicale	(CASTAIGNE (P)m.conf.
	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURV (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT(H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
	(PARROT (J)pr.s.ch.
Physiologie	(DEJOURS (P)
	(GOUGEROT (L)m.conf.
Physique médicale	(KELLERSHON
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)

Rhumatologie.....	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P)
	(LAMOTTE (M)
Urologie.....	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

MM.

	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S.de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
Clinique	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
chirurg.	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale.....	(MERGER (R)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique (	OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
Clinique	(CONTE (M)	trique et pué-	
médic.	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	MM. HAUDUROY (P)Pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J)Pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J) Pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G)
Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction

de la Bibliothèque.....M. le Dr.HAHN (A)
Conservateurs..... Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires.....Mme CONTET (J),Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées,doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

Modeste témoignage de mon
amour filial.

A mon Frère, à ma Soeur, à mon Beau-Frère.

A Monsieur le Professeur G. RENARD

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé G. OFFRET

Qui a permis, par ses conseils,
la réalisation du présent
travail.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris :

Hommages respectueux.

A Messieurs les Membres de mon Jury de Thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES GREFFES
DE TISSU VIVANT
AU COURS DE DIVERSES MALADIES
DU SEGMENT ANTERIEUR DE L'OEIL

INTRODUCTION

-:-

Nous nous proposons dans le présent travail d'étudier l'influence des greffes de tissu vivant au niveau de la conjonctive dans la pathologie de la cornée. En fait, notre étude ne portera que sur la greffe de muqueuse buccale qui est le matériel biologique le plus couramment utilisé, mais les nouvelles conceptions quant au rôle enzymatique de la muqueuse buccale ouvrent la voie à l'utilisation d'autres muqueuses de l'organisme qui pourront être greffées au niveau de la conjonctive.

Nous tenons à remercier le docteur OFFRET qui nous a aidé de ses conseils et qui nous a permis grâce aux observations puisées dans son service de l'hôpital Cochin de réaliser ce travail.

L'introduction de la greffe de muqueuse buccale en Ophtalmologie date de près de 50 ans. Elle réalise le transport d'un tissu vivant, vascularisé : la muqueuse labiale, au sein d'un autre tissu vivant et vascularisé : la conjonctive. On prélève la muqueuse buccale sur le malade lui-même, il s'agit donc d'une homogreffe qui a toutes les chances de prendre. On conçoit ainsi l'utilisation d'un tel matériel biologique pour les plasties conjonctivales, mais on s'est aperçu que le greffon buccal exerçait un rôle trophique sur des cornées pathologiques : la conjonctive assure en partie le métabo-

lisme de la cornée, or dans les processus pathologiques de la cornée, la conjonctive peut être le siège d'une nécrose ou d'une sclérose, la muqueuse buccale agirait donc en remplaçant fonctionnellement une conjonctive qui ne jouerait plus son rôle, mais il semble qu'elle agisse également par d'autres fonctions qu'il reste à déterminer.

Pour étudier les effets de la greffe de muqueuse buccale nous avons réuni 94 observations de maladies diverses : symblépharons où la greffe a un rôle plastique, kératites traumatiques ou inflammatoires, ulcérées ou non, superficielles ou interstitielles, dystrophies cornéennes et des taies de la cornée. Nous avons noté pour chaque observation le diagnostic, le traitement médical institué et son résultat, les conditions dans lesquelles a été faite la greffe de muqueuse buccale, les incidents post-opératoires, par exemple : nécrose partielle ou totale du greffon, enfin le résultat clinique de la greffe ainsi que les traitements adjuvants éventuels.

Notre plan de travail sera le suivant : après un bref historique où nous parlerons surtout des travaux de l'inventeur de la greffe de muqueuse buccale : Rudolf DENIG, nous exposerons quelques observations.

Plutôt que de rapporter les 94 observations qui sont la base de notre étude, nous avons préféré n'en exposer que 25 prises un peu au hasard. Nous classerons ces observations selon la morphologie des lésions cornéennes et chacune d'elles sera suivie, à titre d'exemple, d'une annotation qui sera fonction de critères que nous aurons exposés.

Nous consacrerons ensuite un chapitre à

l'exposé de la technique de la greffe, de muqueuse buccale. Nous insisterons particulièrement sur la technique stricte adoptée dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin où on a acquis, grâce au grand nombre d'interventions pratiquées, une grande expérience dans le domaine qui nous occupe ici.

Puis nous nous attacherons à exposer les résultats observés dans les 94 cas étudiés, sous la forme d'une statistique partielle pour chacune des catégories de lésions ce qui nous permettra de comparer les résultats en fonction de la lésion morphologique d'où nous déduirons les formes où la greffe de muqueuse buccale agit le mieux. Puis, nous ferons une statistique d'ensemble portant sur les 94 cas sans préjuger ni de l'étiologie ni de la morphologie de la lésion, ce qui nous permettra d'affirmer le bien-fondé de l'usage de cette technique en ophtalmologie.

De ces statistiques, nous essaierons de tirer les indications de la greffe, en insistant sur celles où elle semble agir le plus, sans négliger celles où elle sera un appoint sérieux à la thérapeutique.

Si la greffe de muqueuse buccale a connu ces dernières années un regain de faveur, il nous semble qu'elle n'a pas encore la diffusion qu'elle mérite : geste simple, aisé, d'une innocuité absolue qui devrait être employé plus souvent et surtout plus précocement, avant que les lésions n'aient atteint, comme on le voit trop souvent, un stade évolutif trop avancé.

HISTORIQUE

--:-

L'introduction de la greffe de muqueuse buccale en Ophtalmologie remonte à 1911 quand Rudolf DENIG professeur d'Ophtalmologie clinique à la Columbia University la préconisa dans les affections oculaires.

Après avoir douté de l'efficacité de la greffe de muqueuse buccale dans les kératites vasculaires et dans le pannus trachomateux, DENIG étendit ses indications au trachome, aux dystrophies cornéennes dont la nature reste si souvent obscure, aux herpès et aux brûlures cornéennes et conjonctivales.

DENIG remarqua que le fragment de muqueuse buccale saine en remplaçant un fragment de muqueuse conjonctivale malade améliorait le trophisme de la cornée. Il provoque une hyperhémie qui augmente les échanges nutritifs au niveau de la cornée.

On connaît la fragilité particulière de la cornée au niveau du pannus trachomateux, le greffon labial en recouvrant celui-ci, le protège des agressions extérieures, facteur important de complications ultérieures.

En ce qui concerne les brûlures oculaires il insiste sur la nécessité de pratiquer précocement la greffe de muqueuse buccale qui est, selon lui, indispensable en cas d'atteinte de la cornée ou quand la conjonctive est largement brûlée sans lésion de la cornée. Mais DENIG

n'a pas seulement greffé des muqueuses buccales sur des brûlures récentes, il a aussi employé cette technique sur d'anciennes brûlures, dont l'ancienneté variait de 1 à 36 ans et il put ainsi faire récupérer une certaine acuité visuelle à des malades qui n'avaient qu'une simple perception lumineuse.

DENIG obtint d'excellents résultats dans les kératites tuberculeuses, les dystrophies cornéennes et l'herpès de la cornée.

Dès son avènement la greffe de muqueuse buccale devait connaître une certaine faveur parmi les ophtalmologistes.

En 1925, KEERSCHMANN traite des pannus trachomateux à l'aide de l'opération de DENIG et obtient des résultats qu'il qualifie lui-même de "merveilleux" sur une affection qui aboutit trop souvent à la cécité.

Des auteurs russes, comme MALKIN, PILLMANN, ARKIN ont confirmé les résultats de KEERSCHMANN sur le trachome pour lequel ils recommandent vivement la greffe de muqueuse buccale.

En 1944, PAVISIC explique le mode d'action de la greffe de muqueuse buccale dans les brûlures. Le lambeau labial agirait en rétablissant la continuité de la nutrition de la cornée en remplaçant un lambeau conjonctival nécrosé qui ne remplit plus ses fonctions. Cette conception explique que le résultat obtenu soit d'autant meilleur que la greffe est pratiquée plus précocement. Mais PAVISIC préfère employer comme

greffon la muqueuse conjonctivale prélevée au niveau de l'autre oeil pour le traitement des brûlures car il devient plus rapidement invisible que la muqueuse buccale.

En 1944, SIEGEL traitant des brûlures oculaires préconise l'emploi de la greffe de muqueuse buccale quand il y a destruction ou atteinte partielle de la circulation conjonctivale périlimbique avec ou sans brûlure de la cornée. La greffe précoce aurait une action sur le métabolisme de la cornée tandis que la greffe tardive éviterait la formation d'un symblepharon.

En 1947, GREEAR précise "l'emploi de la muqueuse buccale pour réparer des culs-de-sac conjonctivaux".

En 1950, JAYLE utilise "les greffes périlimbiques de la muqueuse buccale dans le traitement des kératites".

En 1953, PAUFIQUE rapporte le cas de conjonctivite printanière rebelle traitée par la greffe de muqueuse buccale.

En 1958, OFFRET fait une communication devant la Société d'Ophtalmologie de Paris consacrée aux "Greffes limbiques de muqueuse buccale à chaud".

Malgré les travaux consacrés à cette méthode thérapeutique, sa diffusion est lente et son emploi encore peu répandu.

OBSERVATIONS

-:-

La présente étude ayant porté sur 94 observations recueillies dans le service du Docteur OFFRET à l'hôpital Cochin, il nous a paru fastidieux de les rapporter toutes ici. Nous n'en exposerons que 25.

Il est assez difficile de les classer : en effet, si on adopte une classification étiologique on peut être amené à décrire sous la même rubrique des lésions différentes. Nous avons préféré une classification morphologique des lésions car il nous est apparu que l'action de la greffe de muqueuse buccale dépend plus de l'aspect de la lésion que de l'étiologie en cause.

Nous avons classé nos observations en 4 paragraphes.

Le premier groupe quelques cas de plasties oculaires, surtout conjonctivales.

Le second est consacré aux kératites superficielles dont la majorité sont des herpès.

Le troisième groupe les ulcères de la cornée.

Le quatrième, les kératites interstitielles et les dystrophies cornéennes.

Enfin le cinquième est consacré aux taies de cornée, dues surtout au trachome.

Nous serons amenés dans le chapitre suivant consacré aux résultats et aux indications à faire une statistique portant sur les observations que nous avons étudiées, dans laquelle nous parlerons de "Très bons" "Bons", "Moyens", "Mauvais" résultats. Nous terminerons donc chaque observation en indiquant, à titre d'exemple, l'annotation que nous lui avons assignée.

Nous avons considéré comme très bons, les cas où le résultat fut spectaculaire.

Les bons cas sont ceux où la guérison s'est fait attendre, soit que l'on ait été obligé de pratiquer plusieurs greffes de muqueuse buccale, soit qu'on ait dû lui adjoindre d'autres thérapeutiques.

Les résultats moyens sont ceux où on n'a obtenu qu'une stabilisation des lésions.

Les mauvais résultats sont ceux où la greffe de muqueuse buccale n'a changé en aucune façon l'évolution de la maladie.

Nous nous devons d'insister sur le fait que dans aucune des 94 observations que nous avons recueillies, la greffe de muqueuse buccale n'a été suivie d'une aggravation anormale des lésions qu'on pourrait à bon droit lui imputer. Ceci nous permet de dire dès maintenant que ce procédé thérapeutique n'a pratiquement pas de contre-indications et qu'il est inoffensif.

Il peut paraître imprudent de classer

les résultats en 4 catégories comme nous le proposons. Il est en effet malaisé de dire avec certitude quelle aurait été l'évolution d'une maladie en l'absence du traitement, mais le fait que notre étude porte sur près de cent cas nous semble de nature à atténuer la rigueur d'une telle objection. Enfin la classification que nous proposons a du moins le mérite de donner une idée grossière du résultat qu'on est en droit d'attendre de la greffe de muqueuse buccale.

o

Plasties :

Ce sont des greffes de muqueuse buccale qui avaient pour but soit de refaire une cavité orbitaire, soit la cure d'un symblepharon consécutif à une brûlure par exemple, soit combler le vide laissé par l'extirpation d'un pterygion. Nous avons eu 3 observations de ce type.

Observation 1 :

M. B... Héméoud , 45 ans, entré le 20-6-57.

8 jours auparavant a reçu dans l'oeil droit du zinc en fusion.

A son entrée, il présente un symblepharon de la moitié interne de l'oeil droit.

Le 30 août, à l'aide de la muqueuse buccale, on refait le cul-de-sac inférieur qui est comblé par le symblepharon.

Le 9 septembre : Bon aspect local

Ablation de cils de la paupière supérieure qui frottent sur le globe.

On envisage une intervention pour redresser les cils , qui est pratiquée le 19 septembre.

Très bon résultat.

Observation 2 :

M. D... Ahmed, 39 ans, entré le 12-7-58.
Pterygion bilatéral.

Le début remonte à 10 ans par l'oeil droit opéré en 1955.

A la lampe à fente on constate peu de vascularisation et en avant de la tête du ptérygion gauche quelques îlots flux(-) de progression.

On envisage une greffe lamellaire périphérique.

Le 28-11-58, on fait la greffe lamellaire suivie d'une ponction de la chambre antérieure.

Le 5-12-58, greffe de muqueuse buccale en regard de la greffe de cornée.

Très bon résultat.

o

Kératites superficielles :

Ce sont des kératites ponctuées superficielles d'origine virale, grippale par exemple ou d'origine indéterminée et les formes diverses d'herpès cornéen. Nous avons eu 32 observations de ce type.

Observation 3 :

M. L... Gilbert, 27 ans, entré le 26-11-57.

Kératite ponctuée superficielle remontant à 1 mois ½ au décours d'une grippe et qui fut traitée sans succès :

Sulfacétamide

Bleu de méthylène

Trophormone

On a également utilisé l'autohémothérapie.

Par contre, l'extrait Placentaire a amené une certaine amélioration le 4-3-58.

A son entrée le malade présente au niveau des 2 yeux des opacités superficielles prenant la fluorescéine.

Le 19-3-58 : Greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil gauche.

4 jours plus tard, on constate au niveau de l'oeil gauche une cornée subnormale sauf au centre une discrète imprégnation à la fluorescéine. Au niveau de la cornée droite, non greffée, l'atteinte est plus importante.

Greffe de muqueuse buccale au niveau de l'oeil droit.

Le 27-3-58, la fluorescéine prend encore légèrement au niveau des deux cornées.

Le 28-3-58 : Nette amélioration bilatérale.

Le 4-4-58 : la fluorescéine ne prend plus.
Bon résultat.

Observation 4 :

Mme E... André - 17 ans - entrée le 11-2-58.

Kératite ponctuée bilatérale ayant débuté il y a 1 mois au niveau de l'oeil droit : rouge, larmoyant et douloureux. La malade fut alors traitée par Atropine - Auréomycine - Terramycine et Hydrocortisone. Après 8 jours d'évolution on constate une amélioration de l'oeil droit atteint. Puis une nouvelle poussée atteint l'oeil gauche en même temps que l'oeil droit.

A son entrée dans le service :

AV OD : 10/10 OG : 8/10

Réflexes photo-moteurs normaux

Kératite ponctuée fluo + des 2 côtés :

à droite : prédominant dans le quadrant inféro-nasal.

à gauche : lésions plus étendues et plus volumineuses occupant toute l'aire pupillaire et débordant sur la moitié inférieure

de la cornée.

Greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil gauche.

Le 6-3-58 : Greffe de muqueuse buccale au niveau de l'oeil droit.

Le 13-3-58 : on constate une cornée gauche pratiquement normale, ne prenant pas la fluorescéine. Une cornée droite d'apparence normale sauf quelques taches superficielles à disposition horizontale dans la partie nasale mais ne prenant pas la fluorescéine.

Le 10-4-58 : L'oeil droit présente de nouveau quelques points prenant la fluorescéine, mais rapidement devenant fluo -, puis reprenant la fluorescéine le 28-8-58.

L'oeil gauche est guéri.

Le 8-10-58 : il persiste après une nouvelle greffe de muqueuse buccale à droite, un seul point fluo + paracentral.

On peut donc considérer qu'il s'agit d'un bon résultat, surtout du côté gauche.

Observation 5 :

Mme H... Simone, 22 ans, Entrée le 28-7-56

Depuis 2 mois, herpès cornéen au niveau de l'oeil gauche avec une vascularisation.

Le traitement (Terramycine, Auréomycine Trophormone) a entraîné la guérison il y a 8 jours. 24 heures après l'arrêt du traitement, l'herpès récidive.

Le 2-8-56, on fait un pelage de la cornée suivi d'une cautérisation.

Deux jours plus tard, on constate que la vascularisation persiste, que les vaisseaux sont remplis de sang mais il n'existe pas de nouveaux vaisseaux.

Le 6-8-56, l'ulcération herpétique diminue de taille mais les vaisseaux ont toujours le même aspect.

Le 11-8-56 : L'ulcération a disparu mais au-dessus il est apparu un nouveau petit ulcère.

Le 24-8-56 : Récidive de l'herpès.

Six jours plus tard, on fait une greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié inférieure de l'oeil gauche.

Le 5-12-56 : Les vaisseaux sont en voie de disparition.

Le 18-3-57 : La malade fait une grippe, mais l'herpès cornéen ne récidive pas.

Le 2-12-57 : La malade fait une congestion pulmonaire sans faire de rechute de son herpès cornéen.

Très bon résultat.

Observation 6

M. L... Edouard, 44 ans, Entré le 21-2-57.

Le malade présente à son entrée un herpès cornéen typique central au niveau de l'oeil gauche et prenant la fluorescéine.

Il présente de plus une anesthésie cornéenne mais pas de réaction irienne.

Acuité visuelle avec correction :

De loin : OD : 9/10 OG : 9/10 faible

De près : OD : lit le n° 2

OG : lit le n° 4

Il est hospitalisé pour kératoplastie.

Le 3-4-57 : On fait une greffe de muqueuse buccale.

Trois jours après, on constate que le greffon a bien pris et que l'opacité cornéenne a considérablement régressé.

Puis, la large ulcération prenant la fluorescéine voit sa taille se réduire beaucoup et l'oedème cornéen diminue.

Le 16-4-57 : il n'y a plus d'ulcération.

Très bon résultat : la greffe a évité une kératoplastie.

Observation 7 :

M. L... Pierre, 50 ans. Entré le 25-9-57

Kératite herpétique traînante pour laquelle on envisage de faire en deux fois une greffe de muqueuse buccale pré-limbi-que.

A l'éclairage oblique, on constate à droite la présence d'un ulcère à bords découpés en carte géographique, superficiel, à bords décollés.

A la lampe à fente, on note de plus un oedème superficiel, des plis de la membrane de Descemet et un effet Tyndall de la chambre antérieure.

La sensibilité cornéenne abolie à droite est normale à gauche.

Le 27-9-57 : On pratique une greffe de muqueuse buccale.

Le greffon lâche au niveau du méridien de 6 h. Le lambeau finit par tomber probablement à cause de l'emploi intempestif de cortisone.

On fait alors une greffe de muqueuse buccale double : un lambeau supéro-externe, l'autre inféro-externe.

Cette seconde greffe prend bien au niveau des 2 greffons.

Cinq jours après, on constate que la cornée est claire dans sa moitié supérieure et encore un peu trouble dans sa moitié inférieure.

Bon résultat.

Observation 8 :

M. B... Mohamed, 38 ans. Entré le 23-10-57.

Depuis une semaine, le malade présente des douleurs au niveau de l'oeil gauche avec larmoiement et photophobie. Cet herpès fut traité par l'auréomycine sans amélioration.

Dans les antécédents, le malade n'a jamais présenté d'herpès cornéen ni cutané

Actuellement la cornée gauche prend la fluorescéine.

Le 24-10-57, on fait un grattage et un attouchement à l'iode.

Le lendemain, la cornée gauche prend toujours la fluorescéine en nappe.

Le 29-10-57 : La fluorescéine prend toujours. La zone de grattage est cicatrisée, mais il existe encore une petite ulcération centrale. On prescrit atropine, auréomycine et un pansement oculaire.

Trois jours après la fluorescéine prend toujours. On décide alors de pratiquer une greffe de muqueuse buccale le 2-11-57

Le 9-11-57 le malade sort guéri, la fluorescéine ne prend plus.

Très bon résultat.

Observation 9

M. V.... Raoul - Entré le 25-1-58.

Le malade a fait une kératite herpétique cicatrisée en quelques jours. A la suite d'injection sous-conjonctivale de cortisone, la kératite a pris un aspect disciforme.

Actuellement, on constate une nouvelle réaction cornéenne prenant la fluorescéine, un infiltrat interstitiel léger, deux cicatrices superficielles, paracentrales, quelques petits points prenant la fluorescéine. Il n'y a pas de réaction ciliaire : ni effet Tyndall de la chambre antérieure, ni précipités.

Le 1-2-58 : on pratique une greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié inférieure de l'oeil gauche.

Deux jours après, on constate que le greffon s'est partiellement nécrosé mais sa

partie externe a bien pris.

Le 11-2-58 : le greffon s'est nécrosé en grande partie mais la fluorescéine ne prend plus. L'oeil est rouge, on procède à l'ablation des fils.

La cornée reprend la fluorescéine.

Le 21-2-58 : on fait une ponction de chambre antérieure.

On constate alors une segmentite antérieure qui augmente d'importance et s'accompagne d'une plus grande opacité cornéenne. On fait une nouvelle ponction de chambre antérieure. Malgré le traitement des synéchies postérieures s'installent et il y a des dépôts pigmentaires sur le cristallin et la membrane de Descemet.

Le 16-9-58 : La cornée ne prend plus la fluorescéine.

Bon résultat.

Observation 10

M. B... Joannès, 45 ans. Entré le 4-2-57.

Le malade a fait une kératite herpétique de l'oeil droit à répétition en 1954, ayant abouti à une kératoplastie lamellaire centrale.

A son entrée le malade présente une vascularisation superficielle au niveau du limbe empiétant largement sur la cornée. Des opacités entourent le greffon surtout du côté temporal. Au niveau du greffon : opacités superficielles et profondes.

Le 6-11-57 : Greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil droit. Mais il reste un vaisseau sur le méridien de 5 H.

Le 26-11-57 : la Cornée est opaque, parcourue par de nombreux vaisseaux.

Le lendemain, on fait une nouvelle greffe de muqueuse buccale.

On constate une ulcération torpide sur le greffon.

Mauvais résultat.

Observation 11

M. M... Michel, 16 ans. Entré le 16-1-57.

Le malade présente depuis l'âge de 2 ans un herpès cornéen récidivant, la dernière poussée a duré 1 mois.

A son entrée, la poussée d'herpès est traitée par la cortisone et des antibiotiques.

Au niveau de l'oeil gauche il existe 2 ulcérations sur la moitié inférieure de la cornée avec une vascularisation superficielle peu étendue. La sensibilité cornéenne est abolie.

Le 25-1-57, on fait une greffe de muqueuse buccale.

On constate une stabilisation des lésions.

A sa sortie, on prescrit du collyre aux sulfamides mais pas de cortisone.

Le 7-3-57, les arcades vasculaires sont moins nombreuses.

Résultat moyen.

o

Ulcères cornéens :

Dans ce paragraphe, nous avons classé des ulcères de la cornée d'origine diverse: par corps étranger, à la suite d'une brûlure, ulcères sur une dystrophie cornéenne ou sur un trachome, une kératite neuro-paralytique. Nous avons eu 20 cas de ce type.

Observation 12

M. T... Fernand, 55 ans. Entré le 4-3-57 pour une kératite dystrophique torpide réchauffée avec ulcération, segmentite antérieure et hypertonie.

Un mois auparavant, on avait constaté :

Oeil droit : cornée très trouble avec une buée épithéliale importante et une ulcération épithéliale superficielle par rupture de bulle, prenant la fluorescéine. Son oeil droit voit la main mais ne peut compter les doigts.

Puis on a constaté une amélioration de l'ulcération qui ne prend plus la fluorescéine qu'en partie, accompagnée d'une amélioration de l'acuité visuelle : le malade peut compter les doigts à 3 cm.

On fait une série de Propidon

Le 28-3-57 : il y a toujours une buée épithéliale ulcérée prenant mal la fluorescéine.

Deux jours après, la cornée a le même aspect mais présente de plus une opacification centrale intense.

Le 3-4-57 : on fait une greffe de muqueuse buccale qui amène dans les jours suivants une amélioration objective de l'état de la cornée.

Le 23-4-57 : l'acuité visuelle de l'oeil droit permet de compter les doigts à 40 cm.

Le 28-4-57 : on fait une kératoplastie lamellaire.

Bon résultat.

Observation 13

M. P... Joseph, 54 ans. Entré le 20-12-57. Ulcère à hypopion chez un diabétique.

L'ulcère cornéen de l'oeil gauche est situé près du limbe sur le méridien de 8 h sur une large infiltration. Au niveau de la chambre antérieure, il y a un effet Tyndall accentué et de nombreuses cellules. L'ulcère prend la fluorescéine.

On fait une ponction de chambre antérieure qui amène une légère sédation : il n'y a pas de synéchies.

Le 12-12-57 : Un hypopion apparaît, on fait une nouvelle ponction de chambre antérieure

qui n'est suivie d'aucun résultat tangible.

Le 23-12-57 : on fait une greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil gauche.

On constate 3 jours après la présence d'un saignement sous la greffe et la persistance d'un onguet d'hypopion.

Le 31-12-57 : Troisième ponction de chambre antérieure.

La vascularisation a diminué en regard de la greffe de muqueuse buccale.

Puis la cornée ne prend plus la fluorescéine.

Bon résultat.

Observation 14

M. P... Frédéric, 30 ans. Entré le 15-11-57

Kératite dystrophique après cortisonothérapie.

Depuis 2 mois le malade présente une kératite traitée par l'auréomycine, la terramycine et la cortisone. La cornée est oedématisée et épaissie.

Au centre la cornée est infiltrée avec une ulcération cratériforme.

On le traite alors aux antiseptiques: bleu de méthylène et cyanure de mercure. La brèche se comble un peu.

A son entrée dans le service, la moitié inférieure de la cornée est opacifiée avec une ulcération profonde paracentrale. Grave réaction irido-ciliaire avec synéchies que l'atropine fait céder en partie. Apparition d'une vascularisation cornéenne infero-nasale. Une série de propidon s'avère aussi peu efficace que les antibiotiques précédemment prescrits.

Le 20-11-57 on fait une greffe de muqueuse buccale sur la moitié inférieure empiétant sur la cornée.

On constate, les jours suivants, une régres-

sion de l'oedème cornéen surtout en bordure du greffon. La fluorescéine ne prend plus. La cornée se cicatrise.

Le 7-2-58 : Le malade fait une rechute avec une petite ulcération au centre de la taie.

Bon résultat.

Observation 15

M. B... Stephan, 57 ans. Entré le 28-10-57.

Il y a 2 ans, brûlure grave de la face à l'acide sulfurique ayant nécessité seize greffes cutanées et muqueuses.

Actuellement on constate que les deux paupières supérieures se sont bien reconstituées.

Au niveau de l'oeil droit : le cul-de-sac conjonctival est assez libre mais il existe un Descemetocèle de la partie inférieure de la cornée.

Au niveau de l'oeil gauche : le cul-de-sac supérieur est libre mais la cornée est opaque,

Le 30-10-57 : on fait une greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil gauche. La greffe prend bien.

L'oeil gauche : apparition d'une vascularisation importante.

Descemetocèle.

Oeil droit : toujours même aspect : opacité épaisse et peu vascularisée.

Le 21-2-58 : greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié inférieure de l'oeil gauche.

Dix jours après la cornée gauche est nettement plus claire. On envisage de faire une autre greffe supérieure cette fois.

Bon résultat.

Observation 16

M. S... Salvador.

Ulcère traumatique de la cornée par corps étranger.

Le 21-5-57 : le malade entre dans le service pour greffe de cornée de l'oeil droit.

En 1950, il avait reçu des éclats métalliques dans les 2 yeux, qui ont entraîné des ulcères de cornée. On a pratiqué alors au niveau de l'oeil gauche une kératoplastie lamellaire qui s'opacifie.

A son entrée, on pratique une greffe de muqueuse buccale à droite puis à gauche qui n'amènent aucune amélioration.

Le 29-5-57 : kératoplastie transfixiante de l'oeil gauche avec recouvrement conjonctival total qui lâche quelques jours après.

Le 6-1-58 : la cornée gauche est entièrement porcelainée.

Deux jours après, on fait une greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil gauche. On fait de plus une coagulation de quelques vaisseaux.

Le 10-6-58 : le greffon cornéen s'est totalement résorbé et opacifié malgré la greffe de muqueuse buccale.

Mauvais résultat.

o

Kératites interstitielles et dystrophies cornéennes :

Nous avons groupé sous cette rubrique des kératites interstitielles de la rougeole, de la tuberculose et autres ainsi que des dystrophies cornéennes comme des kératites filamenteuses, des kératites en bandelettes etc...

Nous avons réuni 20 cas de ce type.

Observation 17

Mme N... Valentine. 57 ans. Entrée le 12-11-57.

En 1939, la malade a fait un zona ophtalmique de l'oeil gauche suivi d'une kératite interstitielle.

En 1949, greffe trophique périphérique, mais le greffon s'est progressivement vascularisé.

En 1950, greffe lamellaire centrale.

A la fin de la même année, poussée de vascularisation en bordure des 2 greffons.

Actuellement la cornée gauche est abordée par 2 paquets vasculaires qui se ramifient sur toute la périphérie du greffon central qui paraît infiltré. Le greffon périphérique est vascularisé par de petits vaisseaux qui paraissent assez superficiels.

Le 13-11-57, greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié supérieure de l'oeil gauche.

Le 23-11-57 : la cornée n'est plus ulcérée et est très notablement éclaircie.

Bon résultat.

Observation 18

Mme J... Alice. 52 ans. Entrée le 4-6-57

Le 23 mai 1956, la malade a été opérée d'une cataracte congénitale apparue à l'âge de 13 ans ayant laissé une bonne acuité visuelle pendant 30 ans. Quelques mois après on fait une opération de membranule de l'oeil droit.

En 1954, kératite interstitielle.
L'oeil gauche suivi en décembre 1955 d'une kératophtisie lamellaire.

Actuellement au niveau de l'oeil gauche, il existe un bouquet vasculaire qui aborde le greffon entre les méridiens de 6 H et de 8 H opacifiant le greffon en bas. Le greffon reste transparent en haut et du côté temporal.

Le 5-6-57 : greffe de muqueuse buccale en bas et en dedans de l'oeil gauche.

Six jours après, on constate un net éclaircissement de la cornée.

Bon résultat.

Observation 19

M. G... Milou, 26 ans. Entré le 3-9-58.

Au niveau des 2 yeux on constate une hyperhémie conjonctivale, perte de substance au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure gauche. Il n'y a ni follicule, ni papille.

Le biomicroscope montre de nombreux filaments verticaux et horizontaux, un pannus bilatéral. Au test de Schirmer on trouve 2 mm pour l'oeil droit, 1 mm pour l'oeil gauche. Le test au rose bengale est nettement positif pour les 2 yeux.

De plus les paupières supérieures sont le siège d'un trachome cicatriciel avec déformation du tarse.

Le 6-10-58 : greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié inférieure de l'oeil droit. Deux jours après on pratique la même intervention sur l'oeil gauche.

Le 22-10-58, on constate une amélioration considérable de cette kératite filamentueuse, les dépôts sécrétoires sont beaucoup moins importants.

Bon résultat.

Observation 20

Mme D... Adèle, 60 ans. Entrée le 22-1-57.

En 1956, à la suite d'une opération de cataracte de l'oeil droit, la malade fait une irido-cyclite hypertensive. Une cyclo-diathermie, l'hydrocortisone et l'atropine améliorent son état.

Une nouvelle poussée est traitée par

l'acétazolanide et la pilocarpine.

A l'examen : cornée oedémateuse ne prenant pas la fluorescéine. Infiltration du stroma cornéen. Vascularisation profonde au niveau des méridiens de 1 H, 9 H et 11 H. Précipités de cyclite.

Le 27-6-56 : après une iridectomie on retire une membranule et on libère les synéchies.

Les vaisseaux persistent, la tension oculaire est normale aux doigts, l'oedème cornéen existe toujours.

A la suite d'une poussée hypertensive on fait une cyclodiathermie.

Le 23-1-57 : greffe de muqueuse buccale suivie d'un net éclaircissement de la cornée.

Le 1-2-57 : on fait une deuxième greffe de muqueuse buccale complétant la première

La partie inférieure du greffon se détache mais l'éclaircissement du trouble cornéen est très important.

Le 20-2-57 : on suture à l'aide de 2 points le lambeau de greffon qui a lâché.

Nette amélioration du trouble cornéen mais persistance de la vascularisation profonde.

Résultat moyen.

Observation 21

M. B... Michel. Entré le 3-7-58.

Kératite interstitielle de l'oeil droit ayant commencé en 1953.

VOD < 1/10 VOG - 0,50 : 10/10

Au niveau de l'oeil droit existe une opacité disciforme irrégulière donnant l'impression d'avoir desquamé. Vascularisation pas très profonde.

Le 4-7-58 : greffe de muqueuse buccale au niveau de la moitié inférieure de l'oeil droit.

Trois jours après la cornée est toujours aussi opaque

Mauvais résultat.

Taies cornéennes :

Dans ce paragraphe, nous avons réuni les taies cornéennes vascularisées ou non. Elles sont d'origine diverse, mais la majorité sont dues au trachome. Certaines sont dues à des séquelles de brûlures. Nous avons eu 19 cas de ce type.

Observation 22

M. I... Mohamed, 23 ans.

Le 4-10-58, brûlure par de la soude sur l'oeil droit. L'oeil est rouge, tension oculaire normale aux doigts. Important pannus. Opacité cornéenne sur laquelle s'est développée, à la suite de la brûlure, une ulcération prenant la fluorescéine. On obtient une bonne mydriase avec l'atropine.

Le 10-10-58 : sur l'oeil droit on fait une greffe de muqueuse buccale, un chauffage et un grattage.

Le greffon est bien en place, la zone prenant la fluorescéine diminue d'étendue, elle se limite bientôt à quelques points.

Le 25-10-58 : persistance d'un fin piqueté fluo + très discret.

Résultat assez bon.

Observation 23

Mme Le B... Marie, 36 ans.

Dans son enfance, la malade a présenté une affection oculaire non précisée, à répétition, de 6 à 16 ans, ayant entraîné une baisse importante de l'acuité visuelle.

VOD : 6/10 VOG : 4/10 avec correction.

Au biomicroscope on constate de nombreuses opacités cornéennes résiduelles avec des bouquets vasculaires dont certains contiennent

encore des hématies.

Le 26-12-56 : greffe de muqueuse buccale sur la moitié supérieure amenant au niveau de l'oeil droit une nette amélioration subjective et objective.

Bon résultat.

Observation 24

M. L... Abdelmalek - 22 ans.

Taie cornéenne vascularisée chez un trachomateux.

- Oeil droit : hyperhémie conjonctivale. Opacité diffuse du parenchyme cornéen. Vascularisation étendue à presque toute la cornée, superficielle. Au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure : ligne d'Arlt, épaissement du tarse, trichiasis.

- Oeil gauche : même aspect de la cornée. Même aspect de la conjonctive et du tarse.

Le malade a été traité à l'auréomycine locale et générale.

Le 24-5-57 : greffe de muqueuse buccale sur la moitié supérieure de l'oeil droit, à la suite de laquelle la cornée semble s'éclaircir.

Résultat moyen.

Observation 25

M. B..., Ahmed, 49 ans.

Opacités cornéennes des 2 yeux chez un ancien trachomateux envoyé pour greffe de cornée.

Oeil droit : vascularisation superficielle allant du limbe et atteignant le centre, opacités nuageuses, synéchies postérieures.

Oeil gauche : opacités nuageuses sans vascularisation.

Le 26-1-58 : greffe de muqueuse buccale
au niveau de la moitié inférieure de l'oeil
gauche - a pu préparer le malade à une kéra-
toplastie ultérieure.

-:-

TECHNIQUE

-:-

L'opération de Denig ne nécessite pas de soins préopératoires particuliers : on peut instiller deux jours avant un collyre antiseptique et administrer un tranquillisant le jour de l'opération.

L'anesthésie est réalisée en instillant quelques gouttes de cocaïne. L'asepsie de la région péri-oculaire est obtenue en étendant de l'alcool iodé sur la région. L'anesthésie de la muqueuse labiale est réalisée par infiltration de novocaïne sans adrénaline. On insiste sur ce dernier point : l'association d'adrénaline à la novocaïne augmenterait nettement le pourcentage et l'importance des nécroses du greffon. On injecte également la novocaïne en sous-conjonctivale pour parfaire l'anesthésie à la cocaïne.

On prépare alors le lit du greffon par une dissection conjonctivale très soigneuse jusqu'au limbe sans laisser le moindre fragment. La conjonctive étant souvent adhérente et friable, on doit alors compléter cette "libération" par un raclage. Si la conjonctive est atteinte, on doit en exciser un fragment, sinon l'excision n'est pas indispensable. La dissection conjonctivale très stricte jusqu'au limbe est indispensable car elle libère la cornée d'une gangue scléreuse.

On prélève alors le greffon labial, en général au niveau de la muqueuse de la lèvre inférieure où le prélèvement est le plus facile, mais on peut concevoir un prélèvement ailleurs par exemple la lèvre supérieure ou la muqueuse jugale. A l'aide d'une compresse la main gauche éverse la lèvre inférieure, une fois l'anesthésie obtenue, le couteau tenu de la main droite transfixe la muqueuse : pour obtenir un lambeau très fin, on manie le couteau de telle sorte qu'il soit vu nettement à travers la muqueuse buccale transparente, on transfixie la muqueuse sur la longueur désirée, mais toujours loin du bord cutané. On imprime alors au couteau des mouvements d'archet en progressant vers le bord cutané, on libère ainsi le lambeau à son extrémité distale. A l'aide des ciseaux on coupe la base du lambeau labial. Le greffon ainsi prélevé est plongé dans du sérum physiologique pendant qu'on suture la plaie labiale par des points séparés au fil de soie 2. Le greffon doit être assez grand pour déborder légèrement sur la cornée.

Puis on amincit aux ciseaux le greffon dont on enlève le plan graisseux.

On place le greffon en anneau le long de l'incision conjonctivale, on suture le greffon à la conjonctive restante au fil par des points périphériques sans points limbiques sauf aux deux extrémités. Le greffon recouvre la cornée partiellement (sauf en cas d'ulcères limbiques), il se rétracte les jours suivants. On peut associer deux greffons labiaux que l'on suture l'un à l'autre, puis à la conjonctive restante. On peut également faire une greffe circulaire en taillant au centre du greffon soit un cercle un peu plus petit que la cornée soit une fente.

On fera le premier pansement le 2ème jour.
On peut employer des antibiotiques par voie générale mais jamais en collyre.

Le greffon peut se nécroser partiellement, ceci ne comporte en général aucune gravité, la zone nécrosée est en effet souvent comblée par les bords. De toute façon il est toujours possible de placer un nouveau greffon labial.

Nous avons exposé la technique adoptée dans le service d'Ophtalmologie de l'hôpital Cochin.

RESULTATS ET INDICATIONS

--

Nous nous proposons dans ce chapitre d'exposer les résultats de la greffe de muqueuse buccale à la lumière de 94 observations.

Nous le ferons sous la forme d'une statistique dans laquelle nous distinguerons les très bons, les bons, les moyens et les mauvais résultats en prenant pour critères ceux que nous avons exposés dans le chapitre consacré aux observations. Rappelons également qu'aucun des cas que nous avons étudiés n'a subi d'aggravation du fait de la greffe de muqueuse buccale.

Nous ferons d'abord une statistique partielle portant sur chacun des groupes de lésions que nous avons distingués : Plasties - Kératites superficielles - Ulcères cornéens - Kératites interstitielles et dystrophies cornéennes - Taies de cornée.

Puis nous exposerons la statistique globale portant sur l'ensemble de toutes nos observations.

A la lumière de ces statistiques, nous déduirons les indications qui nous paraissent le plus bénéficier de la greffe de muqueuse buccale.

Plasties :

Nous n'avons eu que 3 cas de plasties conjonctivales faites à l'aide d'un lambeau de

muqueuse buccale. Toutes trois se sont soldées par un très bon résultat.

La greffe de muqueuse buccale peut donc remplacer une autoplastie conjonctivale prélevée au niveau de la conjonctive de l'autre oeil quand celle-ci n'est pas possible.

La muqueuse buccale est certes plus épaisse que la conjonctive et peut donc donner des résultats moins esthétiques que celle-ci, mais si on prend soin, comme nous l'avons exposé dans le chapitre consacré à la technique, de bien amincir le lambeau labial on peut obtenir un très bon résultat esthétique.

Kératites superficielles :

Nous avons eu 32 cas de ce type parmi lesquels :

- 6 très bons résultats
- 18 bons résultats
- 4 résultats moyens
- 4 mauvais résultats.

Dans ces kératites superficielles la greffe de muqueuse buccale n'a été pratiquée qu'après avoir épuisé les ressources de la thérapeutique habituelle, et elle s'est donc souvent soldée par de bons résultats et plus durables que par les autres traitements.

Ulcères cornéens :

Nous en avons eu 20 cas parmi lesquels :

- 0 très bon résultat
- 14 bons résultats
- 3 résultats moyens
- 3 mauvais résultats

Nous constatons donc que dans le cas d'ulcères cornéens étendus, on ne doit pas attendre de la greffe de muqueuse buccale un résultat spectaculaire. Mais là encore une réserve s'impose quant à la précocité de greffe qui n'a jamais été observée. On ne se résout à faire une greffe que tardivement, peut-être si on la pratiquait précocement verrait-on des résultats encore meilleurs.

Quoi qu'il en soit les résultats de la greffe dans les cas d'ulcères de la cornée, bien que bons dans leur grande majorité, paraissent moins bons que dans les kératites superficielles.

Kératites interstitielles et dystrophies cornéennes :

Nous avons eu 20 cas de ce type parmi lesquels :

0 très bon résultat.
9 bons résultats
6 résultats moyens
5 mauvais résultats

Nous voyons ici le pourcentage de bons résultats fléchir par rapport aux cas précédents. Il reste néanmoins que la greffe de muqueuse buccale a eu un heureux effet sur près de la moitié des cas. Nous retiendrons donc ce groupe d'affections comme indication de la greffe.

Taies de cornée :

Nous avons eu 19 cas de ce type parmi lesquels :

0 très bon résultat
6 bons résultats

5 résultats moyens
8 mauvais résultats

Les taies de cornée paraissent donc être le groupe le moins influencé par la greffe de muqueuse buccale que l'on doit quand même essayer devant l'inefficacité des autres traitements et pour préparer le malade à une kératoplastie et éventuellement pour venir au secours d'une kératoplastie en voie de vascularisation.

Statistique globale :

Sur 94 cas, nous avons obtenu :

Très bons résultats	9
Bons résultats	47
Résultats moyens	18
Mauvais résultats	20

Les résultats moyens étant ceux où la greffe de muqueuse buccale a arrêté l'évolution du processus pathologique, doivent être à bon droit considérés comme satisfaisants. Si donc on distingue les résultats satisfaisants par opposition aux mauvais résultats (où la greffe n'a eu aucun effet) on trouve :

74 résultats au moins satisfaisants
20 mauvais résultats.

Ceci prouve bien l'indiscutable utilité de l'opération de Denig, dont les indications découlent de ce qui précède.

Au même titre que la plastie conjonctivale, la greffe de muqueuse buccale sera pratiquée dans tous les cas où la conjonctive est atteinte, soit qu'il s'agisse de refaire un cul-de-sac conjonctival bridé comme dans le symblepha-

ron, soit qu'il s'agisse d'une brûlure ayant nécrosé un secteur de la conjonctive et dans laquelle on craint une atteinte de la cornée. Dans le premier cas, elle n'agit que par sa surface, dans le second cas, elle remplace fonctionnellement la conjonctive nécrosée.

Dans les kératites une constatation s'impose : la greffe de muqueuse buccale agit beaucoup mieux dans les ulcérations de la cornée que dans les kératites interstitielles et autres opacifications de la cornée dans lesquelles elle constitue cependant une arme thérapeutique non négligeable.

Certaines de ces kératites s'accompagnaient d'une segmentite antérieure, la greffe a permis des améliorations très appréciables.

Dans les cas de vascularisation de la cornée, la greffe de muqueuse buccale agit par un mécanisme encore obscur. Nous avons vu ainsi des vaisseaux se résorber peu à peu sous son influence. Il est cependant nécessaire parfois d'aider cette action par des coagulations au limbe.

Nous avons vu que, vu sa simplicité et son innocuité, la greffe de muqueuse buccale ne nous paraît avoir aucune contre-indication.

Il est difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, d'expliquer le mécanisme du rôle trophique de la muqueuse buccale sur la cornée. Tout au plus peut-on émettre des hypothèses. Peut-être agit-elle en apportant des substances nutritives nouvelles, peut-être par sa présence au sein d'un tissu différent réalise-t-elle une excitation des défenses organiques de ce milieu, Le Professeur OFFRET pense que le greffon a un rôle

enzymatique qui serait entravé par les collyres antibiotiques, en plus de son rôle nutritif. Cette dernière conception ouvre la voie à la greffe d'autres tissus au sein de la conjonctive, par exemple greffe de muqueuse vaginale qui serait plus riche en enzymes que la muqueuse buccale.

Enfin la greffe de muqueuse buccale est souvent très utile pour préparer une kératoplastie ou pour juguler un début de vascularisation ou d'opacification du greffon de kératoplastie.

L'opération de Denig nous paraît donc avoir de très larges indications et pas de contre-indications.

CONCLUSIONS

--

A l'aide de 94 observations de greffes de muqueuse buccale dans les diverses maladies du segment antérieur de l'oeil, nous avons essayé de faire une statistique des résultats pour en tirer les indications thérapeutiques.

Nous avons observé :

74 résultats au moins satisfaisants,
20 mauvais résultats.

A la lumière d'une telle statistique, l'intérêt de la greffe de muqueuse buccale paraît indéniable.

Il ressort de notre étude que l'opération de Denig ne semble pas avoir de contre-indication.

Elle sera utilement employée dans toutes les plasties conjonctivales; elle sera faite d'urgence dans les brûlures oculaires avec nécrose conjonctivale.

Elle agit mieux sur les kératites ulcérées que dans les kératites interstitielles mais elle reste dans les deux cas une arme thérapeutique très appréciable surtout si la kératite s'accompagne d'une segmentite antérieure ou d'une vascularisation cornéenne.

"Aussi peut-elle préparer le terrain pour

une kératoplastie ultérieure, ou venir au secours d'une greffe cornéenne déjà faite et en voie de vascularisation. La greffe de muqueuse buccale, geste simple, sans danger et très souvent utile, nous paraît donc avoir de très larges indications" (OFFRET).

Mais la greffe de muqueuse buccale n'est qu'un exemple de greffe de tissu vivant au niveau de la conjonctive, en effet les nouvelles conceptions quant au rôle enzymatique de la muqueuse buccale ouvrent la voie aux greffes d'autres muqueuses, vaginales par exemple, supposées plus riches que la muqueuse buccale en facteurs enzymatiques.

Si de telles conceptions se vérifient, on aura fait un progrès important dans la thérapeutique oculaire.

--

Vu :
Le Président :
signé : G. RENARD

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

